

La Capitale assureur de l'administration publique inc.
625, rue Jacques-Parizeau, C. P. 1500, Québec (Québec) G1K 8X9
418 644-4200 ou 1 800 463-4856 • Télécopieur : 418 646-1313 • adm.collectif@lacapitale.com

N° DE GROUPE	N° D'EMPLOYEUR	N° D'IDENTIFICATION

1 – RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

NOM		PRÉNOM	
ADRESSE	N° RUE	APP.	TÉLÉPHONE RÉSIDENT
VILLE	CODE POSTAL		TÉLÉPHONE TRAVAIL

2 – ÉTAT CIVIL DE L'ADHÉRENT

- Célibataire Union de fait Séparé Divorcé
 Marié ou uni civilement Veuf

Date de l'événement s'il y a lieu : _____

3 – IDENTIFICATION DE LA OU DES PERSONNE(S) À CHARGE

CONJOINT

Nom et prénom : _____
 Date de naissance : _____ Sexe : M F
 (année-mois-jour)

ENFANT

ENFANT	Nom de l'établissement fréquenté	Étudiant à temps plein ¹ ou atteint d'une déficience fonctionnelle ²
Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ (année-mois-jour) Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	<input type="checkbox"/> Étudiant à temps plein Du _____ au _____ <input type="checkbox"/> Déficience fonctionnelle
Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ (année-mois-jour) Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	<input type="checkbox"/> Étudiant à temps plein Du _____ au _____ <input type="checkbox"/> Déficience fonctionnelle
Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ (année-mois-jour) Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	<input type="checkbox"/> Étudiant à temps plein Du _____ au _____ <input type="checkbox"/> Déficience fonctionnelle

NOTES : 1 Temps plein signifie 4 cours ou 12 crédits ou 12 heures par session. Les mêmes critères s'appliquent pour les cours par correspondance dans une institution reconnue. S.V.P. veuillez nous fournir une preuve de fréquentation scolaire.

2 Vous devez nous transmettre une lettre du médecin confirmant l'invalidité totale ou la déficience fonctionnelle et une preuve d'attestation provenant du gouvernement de la province de résidence de l'adhérent ou du gouvernement fédéral.

4 – SIGNATURES

Je déclare que les renseignements ci-dessus sont complets, véridiques et en conformité avec les conditions et les dispositions de mon contrat d'assurance collective. Toute fausse déclaration peut entraîner l'annulation de mon assurance.

Signé à _____, ce _____ du mois _____, 20 _____.

Signature de l'adhérent

Signature du témoin (autre que l'adhérent)

La forme masculine est utilisée pour faciliter la lecture du document, elle désigne autant le féminin que le masculin.

Chaque employeur reproduit ce formulaire pour ses besoins.